

Choroba serca i jej leczenie jako wyzwanie dla pacjenta i personelu szpitalnego

Izabela Jaworska¹, Aleksandra Leksowska², Jerzy Pacholewicz¹, Marian Zembala¹

¹Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii i Transplantologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

²Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Tarnowskie Góry

Streszczenie

Relacja, która nawiązuje się podczas spotkania lekarza czy innego członka personelu medycznego z pacjentem, jest czynnikiem mogącym wpływać na przebieg i skuteczność procesu leczenia oraz na wytworzenie w pacjencie postawy sprzyjającej podjęciu wyzwania, jakim jest doświadczanie choroby i powrót do zdrowia. Nie można podać jednoznacznych wytycznych dotyczących tego, jak ta relacja powinna wyglądać, ponieważ jej przebieg zależy nie tylko od indywidualnych cech temperamentalno-osobowościowych obu stron, ale także od kontekstu sytuacji, w której toczy się rozmowa. Z oczywistych powodów inaczej będzie ona przebiegała w przypadku zagrożenia życia pacjenta, kiedy lekarz dysponuje ograniczoną ilością czasu i swoje wypowiedzi ogranicza do meritum sprawy, a inaczej w sytuacji, w której może on sobie pozwolić na dłuższą rozmowę z chorym. Z tego powodu informacje zamieszczone w niniejszym tekście należy potraktować jako pewnego rodzaju podpowiedź, a nie zbiór sztywnych zasad. Warto jednak pamiętać, że dążenie do całościowego spojrzenia na pacjenta i jego sytuację zdrowotną, empatia oraz otwartość wobec niego, a tym samym minimalizowanie odczuwanego przez niego dyskomfortu psychicznego czy pomoc w przyjęciu postawy, w której aktywnie uczestniczy on w procesie swojego zdrowienia, może przełożyć się także na poprawę jego jakości życia. (Folia Cardiologica Excerpta 2012; 7, 1: 46–50)

Słowa kluczowe: relacja pacjent–lekarz, operacja serca

Wstęp

Odkąd człowiek nauczył się nieść pomoc osobom chorym i cierpiącym, jego aspiracją stało się, aby pomoc tę móc kierować do jak największej grupy pacjentów. Jednym z kluczowych zadań, jakie stawia przed sobą współczesna kardiologia, jest nie tylko przedłużenie życia w sensie biologicznym pacjentom z chorobami serca czy zmniejszenie nasilenia występujących u nich objawów choroby, ale również poprawa ich codziennego funkcjonowania.

Choroba jest stanem, który bez względu na to, czy dotyczy ludzkiego ciała czy psychiki, przekłada się na możliwość podejmowania codziennych zadań i obowiązków oraz utrudnia realizację potrzeb, według teorii Masłowa ujętych w takie kategorie, jak: fizjologiczne, bezpieczeństwa, społeczne, samooceny, w tym potrzeby szacunku i uznania oraz samorealizacji [1]. Wpływa ona na przekonania człowieka o jego własnej wartości i możliwość samorealizacji [2]. Ściśle koreluje z obrazem samego siebie, oddziałuje na subiektywną ocenę zadowolenia

Adres do korespondencji: Mgr Izabela Jaworska, Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii i Transplantologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Śląskie Centrum Chorób Serca, ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, 41–800 Zabrze, tel.: (32) 37 33 689, e-mail: isabelle_jaworska@yahoo.pl

z życia, czyli inaczej mówiąc na szeroko rozumianą jakość życia. W podejściu Antonovskiego zdrowie jest natomiast pojęciem rozumianym nie jako brak choroby lub innych nieprawidłowości w stanie biologicznym, ale jako kontinuum zdrowie–choroba o biopsychospołecznych biegunach: pełne zdrowie i choroba zagrażająca życiu [3].

Światowa Organizacja Zdrowia pojęcie jakości życia definiuje jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [4]. Terminem najczęściej używanym w naukach medycznych jest jakość życia warunkowana stanem zdrowia (HRQoL, *Health-Related Quality of Life*), która oznacza jakość życia wyznaczoną stanem zdrowia, obecnością chorób i naturalnym procesem starzenia się [5]. Definicja ta zakłada, że występowanie choroby, charakter i intensywność dolegliwości z nią związanych, dostęp do leczenia i rodzaj podjętej interwencji medycznej, a także ograniczenia i reżim życia wynikający z choroby, a co się z tym wiąże — konieczność zmiany stylu życia, są determinantami jego jakości [6, 7]. Na tę ocenę wpływają również czas trwania choroby, jej przebieg oraz rodzaj rokowania [8]. Oceniając jakość życia, powinno się uwzględnić m.in. takie jej wymiary, jak:

- ogólne samopoczucie — poczucie szczęścia, satysfakcja z życia;
- zdrowie fizyczne — odczuwane dolegliwości, umiejętność samodzielnego wykonywania codziennych zajęć, możliwość podejmowania aktywności seksualnej, tolerancja wysiłku;
- zdrowie psychiczne — negatywne stany emocjonalne, zmiany nastroju, sprawność procesów poznawczych, takich jak pamięć czy koncentracja uwagi;
- kontakty społeczne — funkcjonowanie w rolach społecznych, zdolność do podtrzymywania relacji rodzinnych;
- aktywność badanego — możliwość wykonywania obowiązków zawodowych, brak ograniczeń w realizacji zainteresowań;
- zewnętrzne warunki życia — status socjoekonomiczny, warunki mieszkaniowe [5, 9].

Jak pomóc psychologicznie osobie hospitalizowanej?

Każda osoba mająca styczność z pacjentem hospitalizowanym może wpłynąć na jego samopoczucie. Nie trzeba być wykwalifikowanym psychologiem, aby pomóc pacjentowi lepiej poradzić sobie

z sytuacją, w której obecnie się znajduje. Bardzo często zdarza się, że pracownicy służby zdrowia udzielają tej pomocy intuicyjnie, na przykład poprzez okazanie wsparcia emocjonalnego, udzielenie informacji, towarzyszenie pacjentowi w trudnych dla niego przeżyciach.

Pomoc psychologiczna jest doraźnym działaniem, które nie ingeruje w osobowość drugiej osoby, a którego celem jest przyniesienie natychmiastowej ulgi [10]. Istnieje kilka zasad, których trzeba przestrzegać, aby ten rodzaj pomocy był skuteczny. Po pierwsze osoba, której zamierzamy pomóc, musi tej pomocy chcieć. Po drugie, należy ustalić, czego pomoc ma dotyczyć i czy jesteśmy kompetentni w tym zakresie. Taka aktywność wymaga od nas uruchomienia własnego, konstruktywnego myślenia o problemie osoby wspomaganej oraz wygospodarowania dostatecznie dużej ilości czasu [11].

Pomoc psychologiczna powinna opierać się na próbie zrozumienia tego, co przeżywa pacjent, stworzeniu mu szansy na wyrażenie własnych uczuć i emocji, a co najważniejsze — należy ją odróżnić od doradztwa psychologicznego. Nie tylko warto słyszeć, co mówi chory, ale przede wszystkim trzeba usłyszeć, co kryje się w słowach, które wypowiada, ponieważ czasem nie potrafi on wyrazić wprost własnych odczuć, obaw czy pragnień. Słyszenie jest bierne, słuchanie jest procesem aktywnym, który wymaga zaangażowania i pewnych umiejętności, co pozwala na nawiązanie dobrej relacji z pacjentem [12]. Składa się ono z trzech elementów: rozumienia komunikatów słownych, obserwacji zachowań niewerbalnych (postawa ciała, wyraz twarzy, ton głosu) oraz umieszczania tych komunikatów w kontekście aktualnej sytuacji [13]. Oznacza to konieczność świadomego skupienia uwagi na chorym i podjęcia próby zrozumienia sposobu, w jaki doświadcza obecnej sytuacji. Ważne, aby zachować przy tym postawę otwartości na drugiego człowieka, powstrzymać się od pochopnych ocen czy wyciągania wniosków. Innymi błędami w udzielaniu pomocy mogą być m.in.: moralizowanie, nadmierne udzielanie rad, przekonanie o wyższości własnego zdania nad zdaniem innych lub bagatelizowanie tego, co stara się przekazać chory [14]. Czasem chwila empatycznej ciszy znaczy więcej niż wypowiedziane słowa. Kiedy skupiamy swoją uwagę na tym, co mówi i robi pacjent, pozwalamy mu odczuć, że jest dla nas ważny i dajemy mu szansę, aby nam zaufał, co jest niezbędne w procesie leczenia i rekonwalescencji. To zaufanie jest podstawowym warunkiem udzielania pomocy psychologicznej. W celu pogłębienia kontaktu z chorym można powtórzyć ostatnie wypowiedziane przez niego zdanie i stworzyć

mu w ten sposób warunki do rozwinięcia własnych myśli oraz dokładniejszego opisanie przeżywanych emocji. Takie parafrazowanie może zapobiegać narastaniu złości, łagodzić kryzys i nieporozumienia. Pomaga także zapamiętać, co było treścią rozmowy [12]. Poza empatią do umiejętności pozwalających nieść pomoc psychologiczną zalicza się spójność oraz szacunek połączone z rzeczowością i natychmiastowością działania [15]. Pacjent, dla którego hospitalizacja stanowi swego rodzaju wyzwanie i konieczność wejścia w rolę bycia zależnym od innych, co często wiąże się ze wzrostem poziomu odczuwanego lęku czy niepokoju, potrafi zauważyć, czy opiekująca się nim osoba jest zgodna w swoim zachowaniu z tym, co myśli i czuje, oraz w jaki sposób przekłada się to na sprawowane nad chorym obowiązki [13]. Język nie jest jedynym sposobem porozumiewania się. Według Thiel przez „kanał werbalny” przechodzą zaledwie tzw. niezbite fakty. Przez „kanał niewerbalny” transportowane jest to, co ostatecznie rysuje „obraz w duszy” [16]. Oznacza to, że komunikacja jest procesem złożonym z kilku etapów. Na początku adresat musi odebrać werbalne znaczenie kierowanych do niego słów. Następnie analizuje on ton głosu, język ciała i wyraz twarzy nadawcy, by na końcu móc poddać ocenie całość usłyszanego komunikatu [12]. Albert Mehrabian wykazał, że tylko 7% wszystkich informacji uzyskanych z rozmowy pochodzi z przekazu słownego, 38% z tonu głosu, a pozostałe 55% z mowy ciała [17]. Fakt ten tłumaczy, dlaczego tak ważne jest, aby treść tego, co chcemy przekazać pacjentowi, była spójna na różnych poziomach komunikacji.

Opieka nad osobą chorą somatycznie niejednokrotnie stawia personel medyczny w sytuacji, w której musi on dokonać konfrontacji oczekiwań pacjenta z realiami sytuacji, w której się znajduje, na przykład poprzez przekazywanie niepomysłnych dla chorego informacji. Ważne, aby w takich sytuacjach osoby opiekujące się pacjentem nie tylko potrafiły przewidzieć, jakie reakcje może to w nim wzbudzić (np. strach, zdenerwowanie, wzrost poczucia lęku czy zagrożenia życia), ale również były w stanie zmniejszyć poziom odczuwanego dyskomfortu, korzystając z powyżej zamieszczonych informacji.

Operacja serca jako wyzwanie dla pacjenta

To, w jaki sposób człowiek reaguje na wiadomość o swojej chorobie i medycznych wskazaniach do poddania się operacji kardiochirurgicznej, zależy od jego umiejętności radzenia sobie ze stre-

sem, umiejętności adoptowania się do sytuacji trudnych, indywidualnych cech osobowości, temperamentu oraz motywacji do podjęcia wyzwania, jakim jest operacja serca [18]. Niejednokrotnie wiąże się ona z koniecznością weryfikacji życiowych celów i wprowadzeniem zmian w dotychczasowym stylu życia, jak na przykład przestrzeganie diety czy zaprzestanie palenia tytoniu, lub podjęciem nowych obowiązków w postaci wykonywania systematycznych badań, jak to się dzieje w przypadku osób, którym wszczepiono mechaniczną zastawkę serca. Już na etapie kwalifikacji do operacji dokonuje się swego rodzaju naturalna selekcja — zgodę na nią wyrażają tylko ci chorzy, którzy są w stanie poradzić sobie z emocjonalnym wyzwaniem, jakie niesie ta forma leczenia. Nie oznacza to jednak, że w okresie oczekiwania na operację lub po jej wykonaniu ich stan psychiczny nie będzie ulegał zmianie. Spadek kondycji psychicznej może się przejawiać na przykład w postaci: stopniowego wyczerpywania odporności emocjonalnej na stres, przeżywania lęku i niepokoju, wzmożonego napięcia emocjonalnego, reagowania emocjami nieadekwatnymi do sytuacji, zaburzeniami nastroju czy zaburzeniami snu [19–22].

Wyrażenie zgody na operację zależy m.in. od samopoczucia chorego. Inaczej wiadomość o operacji serca przyjmie osoba, która na co dzień odczuwa dolegliwości związane z chorobą, obserwuje u siebie spadek tolerancji wysiłku fizycznego trwający od jakiegoś czasu i czuje się ograniczana przez swoją chorobę, a inaczej osoba, która nie doświadczyła tych ograniczeń, lub zmiany, które dostrzegła, interpretowała jako objaw związany z wiekiem i naturalnym obniżeniem fizycznej wydolności. Stopień nasilenia objawów chorobowych przekłada się na motywację do poddania się operacji, co w późniejszym okresie wpływa na przebieg rehabilitacji [23]. Pacjenci z niewielkimi dolegliwościami przed operacją mogą po niej niechętnie przyjąć ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu na okres 3–6 miesięcy, tym bardziej że powrót do pełnej aktywności jest uzależniony od tempa procesu gojenia się ran i zrastania mostka. Okres ten mogą odbierać jako czas niesprawności, która przyczynia się do zmniejszenia komfortu życia i nie pozostaje bez wpływu na ich emocje. Pozostałe osoby, u których przed operacją występowały znaczne dolegliwości chorobowe, okres rekonwalescencji przyjmują najczęściej jako etap przejściowy w odzyskiwaniu zdrowia. Poza czynnikami medycznymi istnieją niemedyczne zmienne warunkujące powrót do pełnej aktywności po zakończeniu rekonwalescencji. Istotne jest, czy pacjent odczuwa wsparcie ze strony najbliższych, którzy motywują go do podejmowania działań ukie-

runkowanych na odzyskanie samodzielności, czy wręcz przeciwnie — bliscy utwierdzają go w poczuciu i roli osoby chorej, co niekorzystnie wpływa na jego samoocenę.

Mimo że zabieg kardiochirurgiczny daje szansę na poprawę stanu zdrowia i jakości życia oraz zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, to w świadomości pacjenta może stanowić również wydarzenie, które wywołuje poczucie zagrożenia życia i wzbudza obawę związaną z tym, jak będzie ono wyglądało po operacji. Niejednokrotnie operacja przeżywana jest jako zakończenie pewnego etapu w życiu, co wiąże się z tym, że pacjent dokonuje jego swoistego podsumowania i analizuje, co udało mu się w nim osiągnąć [23]. Zdarza się, że bezpośrednio przed operacją spisuje testament lub prosi o ułatwienie kontaktu z kapłanem pracującym w szpitalu. Możliwość zaspokojenia duchowych potrzeb często przynosi obniżenie poziomu odczuwanego dyskomfortu.

Pobyt w szpitalu sprawia, że na jakiś czas człowiek wciela się w nową dla siebie rolę — rolę pacjenta, która oznacza konieczność przystosowania się do nowej, trudnej sytuacji. Wiąże się z tym ograniczenie kontaktów z bliskimi, czyli ograniczenie możliwości uzyskania ich wsparcia oraz zmniejszenie możliwości swobodnego zaspokajania potrzeb zarówno fizjologicznych, jak i psychicznych, co może prowadzić do narastania frustracji. Obserwowany w trakcie hospitalizacji szeroki zakres zmian emocjonalnych jest nie tylko reakcją na chorobę. Jest on również elementem wyzwania, któremu pacjent musi sprostać. Pobyt na oddziale chirurgii można z punktu widzenia psychologii podzielić na następujące fazy: pierwsza — zagrożenia (okres oczekiwania na operację), druga — działania niebezpieczeństwa (okres przeprowadzania operacji) oraz trzecia (okres rekonwalescencji) [24]. Lęk odczuwany w trakcie oczekiwania na operację może wynikać zarówno z obaw o pomyślność leczenia, jak i z tych, dotyczących samego przebiegu operacji. Ta forma leczenia w odbiorze pacjenta może przybierać niezwykle dramatyczny obraz [25], ponieważ odbywa się bez udziału jego świadomości oraz prowadzi do odsłonięcia serca, czyli narządu, któremu przypisuje się ogromną rolę nie tylko z fizjologicznego punktu spojrzenia. Inne trudności związane z rolą pacjenta i mogące wzbudzać zażenowanie to poczucie utraty godności, co zwykle ujawnia się w sytuacjach konieczności skorzystania ze szpitalnego basenu, a także tymczasowa utrata autonomii i możliwości w pełni samodzielnego decydowania o sobie [26]. Zdarza się, że chorzy prowadzą rozważania dotyczące tego, czy personel szpitala ich

lubi [27], co bez wątpienia ma działać jako czynnik łagodzący niepokój.

Gulla [23], dokonując charakterystyki tego, co może zachodzić w pacjencie we wczesnym i odległym okresie pooperacyjnym, podkreśla występowanie niepewności, rozdrażnienia, bezradności oraz troski o prawidłową pracę serca czy gojenie się ran. We wczesnym okresie po operacji uwaga jest kierowana na odczucia płynące z ciała, można również zaobserwować zachowania świadczące o zniecierpliwieniu, co wiąże się z chęcią jak najszybszego odzyskania sprawności. W naturze człowieka leży porównywanie siebie do innych, co w warunkach szpitalnych może przybrać wymiar swoistej rywalizacji ze współpacjentami w celu udowodnienia własnej wytrzymałości i odwagi. W literaturze opisuje się także związek między pooperacyjnym zmęczeniem a występowaniem niepokoju czy depresji. Aaronson [28] w swoich badaniach wskazuje, że zmęczenie po operacji częściej występowało u tych chorych, którzy przed nią byli nieszczęśliwi. Z tego powodu przyjęcie hipotezy, że fizyczne zmęczenie może być somatyzacją zaburzeń emocjonalnych w niektórych przypadkach wydaje się uzasadnione. O nieprawidłowym psychicznym przepracowaniu przebytej operacji mogą świadczyć: utrzymywanie się dolegliwości fizycznych przy obiektywnie dobrych wynikach badań, występowanie skarg o charakterze hipochondrycznym oraz negatywnych stanów emocjonalnych, jak na przykład lękowa samoobserwacja. Nasilenie tych objawów osiąga czasem poziom wymagający przeprowadzenia konsultacji psychiatrycznej i wdrożenia stosownej farmakoterapii [23]. W populacji osób poddanych zabiegom kardiochirurgicznym istnieje pewna grupa chorych, u których w przebiegu pooperacyjnym występują przejściowe zaburzenia świadomości o obrazie majaczenia [22, 29], spełniające kryteria diagnostyczne F05 według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) [30]. Wpływają one negatywnie na długość hospitalizacji, możliwość rehabilitacji oraz w znaczący sposób utrudniają lub wręcz uniemożliwiają nawiązanie efektywnego kontaktu z chorym. Do typowych objawów majaczenia, oprócz zmęczenia świadomości z dezorientacją, zalicza się: złudzenia i omamy z możliwą interpretacją urojeniową; zmiany (często nagłe) nastroju i aktywności; dobową zmienność nasilenia objawów z narastaniem wieczorem i w nocy oraz częściowym lub całkowitym ustępowaniem w dzień. Okres zaburzeń jest zwykle pokryty niepamięcią, chociaż możliwe jest zachowanie fragmentarycznych wspomnień (wyp

pamięciowych) [31]. Innym zaburzeniem obserwowanym w grupie osób po przebytej operacji serca jest występowanie objawów związanych z osłabieniem sprawności procesów poznawczych (m.in. pamięci, koncentracji uwagi) [32–34], co wiąże się z wiekiem pacjenta, współtowarzyszącymi chorobami, jak na przykład przebyty w przeszłości udar mózgu, czy z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w trakcie zabiegu. Objawy te mogą, ale nie muszą, ustąpić w jakiś czas po zakończeniu hospitalizacji. Chory, który zarówno w aspekcie fizycznym, jak i psychicznym prawidłowo przeszedł przez hospitalizację oraz następujący po niej okres rekonwalescencji, jest w stanie podjąć satysfakcjonującą go aktywność społeczną i zawodową, formułuje adekwatne do swojego stanu zdrowia cele i zadania oraz wykazuje cechy stabilności emocjonalnej. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że operacja może wpłynąć na zachwianie poczucia własnej tożsamości, wiążące się ze zmianami w obszarze *Ja fizyczne*, *Ja psychiczne* oraz *Ja społeczne* [23], co może prowadzić do pogorszenia subiektywnej oceny jakości życia.

Piśmiennictwo

- Maslow A. Motywacja i osobowość. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Tylka J.K.M., Tyka E., Korzeniowska-Kubacka I. Psychologiczne wskaźniki jakości życia u osób po zawale serca i po chirurgicznym leczeniu zastawki. *Kardiologia Pol.* 2001; 54: 398–400.
- Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak sobie radzić ze stresem i nie zachorować. Wydawnictwo Fundacja IPN, Warszawa 2005.
- WHOQOL Group: The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organisation. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41: 1403–1409.
- Tobiasz-Adamczyk B. Geneza zdrowia, koncepcje i ewolucja pojęcia jakości życia. W: Kawecka-Jaszcz K., Klocka M., Tobiasz-Adamczyk B. red. *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne.* Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006: 9–42.
- Ostrowska A. Materiały prasowe z konferencji: „Jakość życia w chorobie — uwarunkowania psychologiczne, społeczne i medyczne”, 18.10.2007 r.
- Skevington S.M. Measuring quality of life in Britain: Introducing the WHOQOL-100. *J. Psychosom. Res.* 1999; 47: 449–459.
- Okla W., Steuden S. Wprowadzenie w problematykę jakości życia. W: Okla W., Steuden S. red. *Jakość życia w chorobie.* Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2007.
- Peterman A.H., Cella D. Quality of life. W: Kazdin A.E. red. *Encyclopedia of Psychology.* Tom 6. Oxford University Press-American Psychological Association, Oxford 2000: 401–495.
- Aleksandrowicz J. Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
- Jakubowska B., Jakubowski J., Łypacewicz A., Rylke H. Ja i inni. WSIP, Warszawa 1987.
- Ociepka A. Komunikacja z pacjentem. W: Trzciniecka-Green A. red. *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych.* Wydawnictwo Universitas, Kraków 2006: 329–358.
- Hetherington A. Pomoc psychologiczna w działaniu. W: *Wsparcie psychologiczne w służbach ratowniczych.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 38–52.
- Szczyrba-Maróń B. Jak pomagać? Pomoc psychologiczna a psychoterapia. W: Trzciniecka-Green A. red. *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych.* Wydawnictwo Universitas, Kraków 2006.
- Egan G. *The Skilled Helper: A Problem-Management Approach to Helping.* Pacific Grove. Brooks/Cole, Kalifornia 1998.
- Thiel E. *Komunikacja niewerbalna. Mowa ciała zdradzi więcej niż tysiąc słów.* Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 1997.
- Mehrabian A. *An Analysis of Personality Theories.* Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey 1968.
- Sivertsen B., Relbo A., Gullestad L. i wsp. Self-assessed health and psychological symptoms after heart transplantation. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2007; 127: 24.
- Dew M.A., Kormos R.L., DiMartini A.F. i wsp. Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics* 2001; 42: 300–312.
- Pudło R., Matysiakiewicz J., Piegza M., Zembala M., Hese R.T. Najczęstsze problemy psychiatryczne u chorych po przeszczepieniu serca. *Psychiatr. Dopl.* 2006; 3: 70–71.
- Pudło R., Piegza M., Zakliczyński M., Zembala M. The occurrence of mood and anxiety disorders in heart transplant recipients. *Transplant. Proc.* 2009; 41: 3214–3218.
- Jaworska I., Pudło R., Styn T. i wsp. Pooperacyjne zaburzenia świadomości u pacjentów poddanych pomostowaniu aortalno-wieńcowemu. *Kardiologia i Torakochirurgia Polska* 2008; 5: 126–131.
- Gulla B., Siwińska J. Psychologiczne konsekwencje inwazyjnych technik leczenia choroby niedokrwiennej serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. red. *Choroba niedokrwienności serca.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 43–65.
- Krawczyk M. Strach przed operacją chirurgiczną a przystosowanie w okresie rekonwalescencji. W: Wołoszynowa M. red. *Materiały do nauczania psychologii.* Warszawa 1969.
- Michalak A. Rola psychologa w opiece nad pacjentem w okresie okołoperacyjnym. W: Zembala M. red. *Chirurgia naczyń wieńcowych.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002: 396–399.
- Salmon P. Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Johnston M. Recognition of patients' worries by nurses and by other patients. *Br. J. Clin. Psych.* 1982; 21: 255–261.
- Aaronson H., Forester A., Hall G., Salmon P. Fatigue after major joint arthroplasty: relationship to preoperative fatigue and post-operative emotional state. *J. Psychosom. Res.* 1996; 41: 225–233.
- Kaźmierski J., Sobów T., Kłoszewska I. Majaczenie po zabiegach kardiologicznych. *Kardiologia Pol.* 2007; 65: 583–587.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wg ICD-10. *Badawcze kryteria diagnostyczne.* Uniwersytecki Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków–Warszawa 1998.
- Wiórka J. Psychopatologia. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Robakowski J., Wiórka J. red. *Psychiatria.* Urban & Partner, Wrocław 2002.
- Sotaniemi K.A., Mononen H., Hokkanen T.E. Long-term cerebral outcome after open-heart surgery. A five-year neuropsychological follow-up study 1986; 17: 410–416.
- Sweet J.J., Finnin E., Wolfe P.L. i wsp. Absence of Cognitive Decline One Year After Coronary Bypass Surgery: Comparison to Nonsurgical and Healthy Controls. *Ann. Thorac. Surg.* 2008; 85: 1571–1578.
- Wray J., Sensky T. Congenital heart disease and cardiac surgery in childhood: effects on cognitive function and academic ability. *Heart* 2001; 85: 687–691.